

LE TRAITEMENT
DES
FRACTURES DE LA CRÊTE ILIAQUE
ET DE LEURS COMPLICATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1920

PAR

René COUGOUREUX

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 30 octobre 1892

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE CETTE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MASSABUAU, professeur, *président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

{ *Assesseurs*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3. Rue Ferdinand-Fabre 3

1920

LE TRAITEMENT
DES FRACTURES DE LA CRÊTE ILIAQUE
ET DE LEURS COMPLICATIONS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 217

LE TRAITEMENT

DES

FRACTURES DE LA CRÊTE ILIAQUE

ET DE LEURS COMPLICATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1920

PAR

René COUGOUREUX

Né à Montauban (Tarn-et-Garonne), le 30 octobre 1892

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE CETTE

CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *président*.
ESTOR, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre 3

1920



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*).....	DOYEN.
FORGUE (O *).....	ASSESEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*)
Physique médicale.....	IMBERT (*)
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *)
Physiologie.....	HEDON (*)
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DUCAMP (*)
Anatomie.....	GILIS (*)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*)
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VAILLOIS
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (⊕)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (⊕)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM DR ROUVILLE, prof.-adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O *) ⊕, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBKYRAN. * ⊕, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé (ch. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON * (⊕), doct. (ch. de c.)

Agrégés en exercices

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	PECH * (ch. d'agr.).
GAUSSEL. (* ⊕).	J. DELMAS (⊕).	VALLOISH. ⊕ (ch. d'agr.)
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse:

MM. MASSABUAU, professeur, président.	— MM. RICHE, agrégé.
ESTOR, professeur.	— ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde tendresse
et de vive reconnaissance.*

A MA FEMME

A MES BEAUX PARENTS

A MA SŒUR ET A MON BEAU FRÈRE

Que je confonds tous deux dans la même affection.

R. COUGOUREUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

R. COUGOUREUX.

LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA CRÊTE ILIAQUE ET DE LEURS COMPLICATIONS

INTRODUCTION

Ayant eu, pendant la guerre, l'occasion d'étudier plusieurs cas de fractures de la crête iliaque, et d'en recueillir l'observation, nous croyons utile de publier ces documents, et de les faire précéder de quelques considérations cliniques et anatomiques, considérations qui, tout naturellement, nous amèneront à dégager les principales données de la conduite thérapeutique.

Ce qui paraît surtout intéressant dans l'étude de ces fractures, et par conséquent, ce qui attirera particulièrement notre attention, c'est leurs complications, qui exigent une thérapeutique particulièrement prévoyante et singulièrement active.

Avant d'entreprendre cette étude, il convient de la localiser. C'est ainsi que nous n'étudierons que les fractures atteignant l'os iliaque au niveau de la crête ou au voisi-

nage de celle-ci, et n'étant compliquées d'aucune pénétration intra-abdominale du projectile.

— Nous laissons donc entièrement de côté les fractures du bassin avec plaies de la vessie ou du rectum. Ces lésions seules seraient susceptibles de donner matière à un long développement.

ETIOLOGIE ET STATISTIQUE

La guerre a permis d'établir des statistiques intéressantes.

Tanton, qui s'est spécialement occupé de ces questions-là, a pu établir une statistique des lésions isolées du bassin par projectiles de guerre, lésions qui représentent environ 1,06 p. 100 de la totalité des blessures de guerre. Cette statistique est forcément incomplète, et ne représente qu'une valeur relative. Elle n'en est pas moins instructive. Elle comporte deux parties :

1° Une statistique ayant trait à des blessés récents observés dans les ambulances de première ligne, dans les H. O. E., et dans les hôpitaux de l'intérieur ;

2° Une statistique ayant trait à des blessés anciens, ayant conservé un certain degré d'impotence fonctionnelle et ayant été l'objet de réforme avec pension ou gratification.

I. — *Blessés récents* : 3.719 blessés présentant des lésions isolées du bassin, donnent :

311 de la crête iliaque.

1659 de l'ilion.

659 du sacrum.

24 du coccyx.

21 du sacrum et du coccyx.

20 de l'aileron sacré.

- 120 de la région sacro-iliaque.
- 202 du pubis.
- 12 de la symphyse pubienne.
- 47 des branches ischio-pubiennes.
- 241 de l'ischion.
- 18 de l'ilion et d'une branche ischio-pubienne.
- 52 de l'ilion et du cotyle.
- 321 blessures dont le siège n'a pas été précisé.

Sur ce chiffre de 3.719 blessures, 2.120 ressortissent à des éclats d'obus, 773 à des balles, 136 à des éclats de grenades et 108 à des shrapnells.

II. — *Les blessés anciens*: sur un chiffre de 414 blessés anciens, on relève:

- 43 de la crête iliaque.
- 199 de l'os iliaque.
- 62 du sacrum.
- 1 du coccyx.
- 4 du sacrum et du coccyx.
- 2 de l'aileron sacré.
- 41 de la région sacro-iliaque.
- 12 du pubis.
- 2 de la symphyse pubienne.
- 10 des branches ischio-pubiennes.
- 29 de l'ischion.
- 6 du cotyle et du pubis.
- 3 du cotyle et de l'os iliaque.

Sur ce chiffre, 170 blessures sont dues à des éclats d'obus 142 à des balles, 21 à des shrapnells, 7 à des éclats de grenade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE — ETUDE CLINIQUE

De l'étude de ces différentes statistiques, il ressort, que les fractures de la crête iliaque présentent une relative fréquence. Par contre, les fractures de l'aile iliaque, ont une énorme prédominance. C'est qu'en effet, comme le fait très justement remarquer Fanton, la pénétration du projectile se fait, dans le plus grand nombre des cas, par la fesse.

Les lésions osseuses peuvent être parfois minimales; le projectile perfore l'os incomplètement et s'y trouve encastré; par contre, dans d'autres circonstances, la perforation peut être complète. Le projectile alors, loin de s'encastrer dans l'os, peut venir se loger dans les parties molles profondes, dans le psoas iliaque, par exemple.

Tanton indique, en outre, que dans un grand nombre de cas, la fracture est comminutive, les esquilles sont refoulées dans les parties molles profondes, et des fissures, souvent très étendues, irradiant dans divers sens.

Tandis que les plaies de l'aile iliaque, peuvent s'accompagner de délabrements plus ou moins étendus des parties molles de la fesse, les fractures de la crête iliaque, vont s'accompagner de délabrements étendus des insertions des muscles larges de l'abdomen et des muscles fessiers.

C'est ainsi que très souvent, des hémorragies graves, par lésion des divers vaisseaux fessiers, des hématomes

sous-péritonéaux, descendant parfois jusque dans le petit bassin et infiltrant tout le tissu cellulaire péri-vésical, compliquent les lésions musculaires et osseuses.

Quelquefois, ces accidents ne présentent point ce caractère de gravité. Nous nous retrouvons alors dans les conditions des blessures du temps de paix. Aussi, cette complication peut-elle passer inaperçue à un examen superficiel. C'est, incontestablement, ce qui est arrivé pendant la guerre, et c'est pourquoi dans les moments de grand encombrement, certains de ces blessés ne furent pas dirigés sur les formations purement chirurgicales, et furent évacués sans avoir été opérés.

Le diagnostic, sur lequel nous n'insisterons pas, doit être fait dans ces cas là, par la douleur limitée à la pression au niveau du trait de fracture, par les ecchymoses, par la mobilité anormale, qui est, il faut bien le dire, généralement peu marquée.

Quant à la disposition des fragments, elle est infiniment variable suivant les cas : nous ne retrouvons plus ici la disposition classique du temps de paix : fracture de l'aile iliaque en travers (fracture de Duverney).

COMPLICATIONS

Nous avons vu que les fractures de la crête iliaque avaient été souvent considérées comme ne présentant qu'un très relatif caractère de gravité. L'étude des complications va nous montrer qu'il n'en est rien.

Nous distinguerons dans cette étude deux sortes de complications : les complications immédiates, ou plus exactement les complications précoces, et les complications tardives.

I. — *Complications précoces.* — Un premier fait à noter, est que, même lorsque les vaisseaux fessiers ou iliaques ne sont point touchés, le shock est très fréquent, l'hémorragie étant, en général, abondante.

Les fractures du bassin, en général, et celles de la crête iliaque en particulier, constituent un milieu favorable pour le développement de la gangrène gazeuse. Cette complication a été observée assez fréquemment, et Tanton, qui a étudié ce sujet avec une attention toute particulière, indique que la gangrène gazeuse fut observée 39 fois sur 950 blessés.

Après la gangrène gazeuse, il faut citer le pyoïs suppuré, dont Tanton a observé 11 cas; les phlegmons de la fosse iliaque qui présentent une fréquence beaucoup plus grande; la cellulite pelvienne qui peut entraîner la forma-

tion d'abcès disséquants de la cuisse, qui peut provoquer de la nécrose du tissu cellulaire pelvien, entraînant la dénudation des vaisseaux iliaques, et enfin de l'arthrite suppurée coxo-fémorale.

Enfin, quoique cela sorte un peu de notre sujet, il convient de noter le phlegmon urinaire sous-péritonéal et les hémorragies secondaires, ainsi que la septicémie.

II. — *Complications tardives.* — Ce chapitre est dominé par la question de l'ostéomyélite traumatique. Cette complication secondaire, toujours sérieuse, parfois grave, survient presque inmanquablement lorsque les fractures de la crête iliaque n'ont pas été correctement traitées.

L'os atteint, en effet, par un projectile, est souvent souillé par le projectile lui-même, et surtout par les débris vestimentaires et autres corps étrangers, que le projectile, dans sa marche, entraîne après lui.

Il y a mieux : l'os ainsi violemment traumatisé reste presque toujours contus, mortifié et incapable de vivre.

Or, nous savons que la pullulation des germes pyogènes est favorisée indiscutablement par la mortification des couches osseuses, voisines du foyer de fracture. Nous comprenons donc très aisément, pourquoi en ce point se développe presque infailliblement une zone d'ostéomyélite.

Enfin l'anatomie nous apprend que la crête iliaque restée cartilagineuse jusque vers l'âge de 16 ans, ne se trouve entièrement soudée au corps de l'os qu'entre 20 et 24 ans.

Donc, chez les sujets jeunes, les agents infectieux, trouvant dans le tissu osseux de cette région, alors en plein travail de développement, un terrain particulièrement favorable, se fixent à ce niveau et s'y multiplient plus aisément que sur une portion quelconque de l'os.

Planison, qui s'est occupé de ces fractures, résume ainsi la question: « La crête iliaque jouerait ici un rôle un peu comparable à celui du bulbe des os longs dans l'ostéomyélite des adolescents, l'infection étant rendue spécialement facile pour des raisons anatomo-physiologiques. »

Il ne nous appartient pas de discuter avec rigueur cette opinion, mais quoi qu'il en soit, l'ostéomyélite à ce niveau est extrêmement fréquente. Une fois constituée, elle se cantonne dans le tissu spongieux de l'os, s'y fixe, résistant avec tenacité aux divers modes de traitement, et tendant peu à peu, à s'étendre au loin et à envahir au fur et à mesure, une portion de plus en plus étendue de l'os.

C'est dans ces conditions que l'ostéomyélite peut devenir une complication très grave, mettant le blessé dans un état général plus sérieux.

En outre, non seulement ces complications d'ostéomyélite peuvent présenter un sérieux caractère de gravité, mais encore, elles constituent un accident très tenace, résistant à plusieurs interventions successives.

Donc, fréquence, tenacité, gravité, tels sont les trois caractères de cette importante complication.

Nous n'insisterons pas sur les fistules ostéopathiques fistuleuses; disons seulement que sur 3.719 observations, Tanton a compté 770 ostéites fistuleuses.

Citons encore, comme complications tardives, les cicatrices adhérentes, l'atrophie musculaire de la cuisse et de la fesse, la gêne de la marche, et la gêne de la flexion antéro-postérieure et latérale du tronc.

Enfin, les fractures étendues, non comminutives de la crête iliaque, s'accompagnent parfois d'un déplacement de toute la crête vers la cavité pelvienne, amenant un rétrécissement du bassin. Weiss en a cité deux cas.

D'autres fois, c'est au travers d'une large brèche de l'os iliaque que se fait une hernie volumineuse des viscères abdominaux.

En terminant, citons pour mémoire les lésions du nerf sciatique: contusion, section complète ou incomplète.

TRAITEMENT

Nous venons d'étudier en détails, les principales complications que peuvent susciter les fractures de la crête iliaque. Nous savons que l'ostéomyélite est, sinon la plus redoutable, du moins la plus fréquente et la plus tenace. Tenant compte de ces complications et prévoyant leur apparition, voyons maintenant quel est le traitement que nous devons instituer pour y parer.

Nous devons opposer à ces lésions, un traitement plus large que celui qu'on leur applique d'habitude et qui se borne à débrider les plaies, à extraire les corps étrangers, à laver et à drainer. Une méthode de désinfection plus complète s'impose :

Il faudra réséquer franchement les portions d'os fracturé qui ont été en contact avec le projectile. De ce fait, en effet, ces portions d'os sont suspectes d'infection, et, en outre, sont ébranlées, contuses et, par conséquent, peu aptes à la réparation. Elles sont vouées à l'infection et à la mortification.

A propos de cette résection, V. Planson écrit : « Cette résection doit être franche, nette, large, afin de ne laisser dans la plaie que des tissus sains et bien vivants. Elle doit être faite, enfin, avec le maximum d'asepsie, et il faut veiller spécialement à ce que les instruments ne souillent pas

la branche osseuse de résection après avoir passé sur des parties d'os suspectes. »

Partant de ces principes, on fera donc d'abord une exploration attentive de la plaie, exploration complétée par un examen radiographique. Puis on entreprendra le débridement. Celui-ci doit être large, et doit ouvrir franchement le trajet plus ou moins oblique du projectile, depuis l'orifice cutané jusqu'à l'os fracturé. De cette façon, et de cette façon seulement, le trajet sera nettement étalé, et la lésion osseuse profondément située sera bien exposée. A la faveur de cette mise à jour des lésions, et guidé par les renseignements radiographiques, la plaie sera soigneusement nettoyée, et les différents corps étrangers (projectiles, débris de vêtements, esquilles osseuses libres) seront facilement extraits.

Ce travail de débridement, une fois terminé, on passera à l'excision des parois mortifiées. Si la plaie est fraîche, on fera une excision complète de toutes les parois de la plaie. Si la plaie est ancienne, on fera une antiseptie attentive des plis et replis de la plaie, et on excisera simplement la bordure cutanée de l'orifice d'entrée. On met la plaie au net, en faisant tomber les parties déchiquetées, putréfiées ou mortifiées; Enfin on pratique l'ablation des esquilles complètement séparées de l'os, mais maintenues dans la plaie par leurs attaches périostiques. Ces esquilles constituent en effet, des tissus contus, mortifiés, incapables d'une vie active, malgré la persistance de leurs attaches périostiques.

Ces différents temps opératoires étant terminés, on aura en général un large jour sur le foyer de fracture. Si par hasard, ce jour était insuffisant, on mènerait une incision parallèle à la crête iliaque et ayant son milieu au niveau de la fracture. C'est à partir de ce moment-là que l'asepsie

la plus rigoureuse devient indispensable. Les premiers instruments devront être rejetés et de nouveaux instruments aseptiques seront mis à la disposition du chirurgien.

On commencera par ruginer soigneusement les faces externe et interne de l'os iliaque jusqu'aux points où l'on veut faire passer le trait de résection. Puis, avec la gouge ou le maillet, on abattra successivement en avant, en arrière et en bas les parties d'os que l'on veut enlever.

Au cours de ces différentes manœuvres, le chirurgien devra être guidé par l'idée générale suivante : c'est que « la résection osseuse doit passer, sur tous les points, à 1 centimètre au moins au delà du foyer de fracture. C'est la seule façon d'être sûr de passer en tissu sain et bien vivant. »

Cette résection étant terminée, il convient de la régulariser. Pour cela, on reprend la pince-gouge à l'aide de laquelle, on détruit toutes les aspérités de façon à laisser dans la plaie une branche osseuse, nette et régulière.

Il nous reste maintenant une question à discuter : savoir si on doit suturer complètement, partiellement, ou point du tout.

Cette question a été extrêmement débattue pendant la guerre, et elle a donné lieu à de multiples et fructueuses discussions, notamment dans la conférence chirurgicale interalliée.

À une de ces conférences, Depage jugeait la suture primitive sur un foyer de fracture dans les termes suivants :

« Je reste l'adversaire absolu de la suture primitive dans les cas de fracture, et voici pourquoi :

Quand il s'agit d'une fracture telle que nous les rencontrons dans la grande majorité des cas, je prétends que, faire une suture primitive, c'est exposer le blessé sans le moindre avantage au point de vue de la guérison. Je crois

que c'est un peu faire du sport; or, le chirurgien doit voir avant tout son blessé. Nous savons tous que, dans une proportion relativement grande, la blessure, c'est-à-dire la plaie, est aseptique dès les premiers jours. Je suis persuadé que, même dans les fractures de la cuisse, les blessures sont aseptiques dans les premiers jours; mais au moment de l'opération, nous n'avons absolument aucun moyen de le démontrer. Etant donné qu'une fracture demande, pour se consolider, six semaines, je trouve absolument inutile, au point de vue du blessé, de vouloir chercher à faire une suture primitive immédiate: il n'y a que du danger à la faire. »

Tandis que Tanton, se ralliait à l'opinion de Depage, Pierre Duval s'élevait avec force contre une pareille manière de voir, et distinguait les fractures diaphysaires, où la suture primitive est inutile, et les fractures des os plats, comme l'omoplate, où la suture primitive peut permettre la guérison en huit jours.

Nous inspirant donc, des différentes opinions de ces maîtres incontestés, de la chirurgie moderne, nous concluons, que lorsque l'intervention est précoce, la suture primitive est indiquée; que bien au contraire lorsque l'intervention est tardive, il y a intérêt à laisser la plaie béante, à la stériliser et à pratiquer plus tard une suture secondaire.

Nous avons jusqu'ici étudié le traitement, en quelque sorte prophylactique, de ces fractures de la crête iliaque.

Nous sommes maintenant en présence d'une fracture méconnue ou simplement négligée. L'intervention primitive a été timidement menée, et un foyer d'ostéomyélite s'est installé; on constate la présence, à proximité du foyer de fracture, d'une fistule par laquelle s'échappe une petite quantité de pus. Il faut intervenir.

Dans une intervention secondaire, il conviendra de mettre à nu le foyer de fracture, d'exciser les parois de la fistule, et tous les tissus cellulo-graisseux qui paraîtraient atteints. En outre, on excisera les esquilles osseuses libres, on libèrera les esquilles adhérentes, et s'attaquant au foyer de fracture, on devra, soit à la gouge, soit au maillet, faire sauter tout ce qui est atteint. On régularisera ensuite la surface osseuse.

La question de la suture primitive ici ne se pose pas. On devra laisser le foyer largement béant et stériliser ensuite la plaie par les moyens ordinaires.

Les lésions infectieuses demanderont enfin l'ouverture et le drainage large des collections purulentes. Dans les phlegmons de la fosse iliaque, il est indiqué de faire une laparotomie sous-péritonéale parallèle à l'arcade de Fallope, en remontant l'incision jusqu'au-dessus de l'E. I. A. S.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite et Personnelle)

V. T..., 4^e zouaves, 24 ans.

Blessé le 17 janvier 1918. Plaie pénétrante de la fesse droite par éclat d'obus. La radiographie montre une fracture partielle de la crête iliaque avec une grosse esquille complètement séparée, au voisinage de laquelle se trouve un gros projectile à forme irrégulière.

Le blessé est immédiatement porté sur la table d'opération, et endormi à l'éther avec l'appareil d'Ombredanne. On fait une large incision, à la faveur de laquelle on peut enlever très facilement le projectile et une grosse esquille osseuse. On excise soigneusement les parois de la plaie. Puis, prenant un nouveau jeu d'instruments, on s'attaque au foyer de fracture: on sectionne à la gouge l'os sur une épaisseur de 1 cent. 5; on régularise la branche osseuse.

Puis, on désinfecte soigneusement le foyer à la teinture d'iode et on fait une suture primitive.

Pendant deux jours le malade a présenté 38°5 de température. Le 24 janvier on fait un premier pansement. La plaie est parfaitement aseptique. 8 jours après le malade est évacué, ne marchant pas encore, mais présentant une

ligne de suture parfaitement cicatrisée sans la moindre menace d'infection.

OBSERVATION II

(Inédite et Personnelle)

L. D..., 15^e régiment d'infanterie, 21 ans.

Blessé le 2 février 1918. Plaie pénétrante de la fesse gauche par éclat d'obus.

Le malade est vu le lendemain de sa blessure et est immédiatement radiographié. Il présente un arrachement de toute la moitié postérieure de la crête iliaque, avec un nombre considérable d'esquilles, et un éclat métallique assez volumineux.

Une large incision permet d'enlever assez facilement, les esquilles qui ne sont point adhérentes, le projectile, des débris vestimentaires, et d'exciser tous les tissus mous contus. On change ensuite d'instrument, et s'attaquant au foyer de fracture, on fait une large résection qu'on régularise à la gouge. Réunion *per primam*.

Pendant cinq jours le malade fait de la température. Le sixième jour, le pansement est changé et montre une ligne de suture parfaitement nette.

Le 27 février, le malade est évacué présentant une cicatrice parfaite, sans la moindre trace d'infection.

OBSERVATION III

(Inédite et Personnelle)

Il s'agit d'un Allemand qui a été blessé le 5 février. Plaie par balle de la région de la crête iliaque droite. Le malade est resté quatre jours entre les lignes. Ramassé le

9 février, il ne fut amené que le 11 à l'ambulance. A l'examen on constate une large plaie béante au fond de laquelle apparaissent des esquilles osseuses. La balle a littéralement labouré l'extrémité postérieure de la crête iliaque.

Séance tenante, on agrandit cette plaie; on excise tous les tissus contus, on enlève des esquilles, du gravier, de la boue, des morceaux d'étoffe et de cuir. Puis on s'attaque au foyer de fracture qu'on régularise. En raison du degré d'infection, on installe la stérilisation méthodique suivant la méthode de Carrel.

Vingt jours après, ce blessé a dû être évacué. Son état général était complètement remonté; sa plaie était nette et en bonne voie de guérison. Il est regrettable que les circonstances et l'affluence des blessés, n'aient pas permis de faire une suture secondaire.

OBSERVATION IV

M. V. Plauson. — Archives de Médecine et de Pharmacie militaire

Il s'agit d'un jeune blessé qui, atteint depuis trois mois d'une plaie par éclat d'obus avec fracture de l'os coxal, au voisinage de l'épine iliaque postéro-supérieure, entra à notre hôpital dans un état général très grave, causé par une ostéomyélite étendue à presque toute l'aile iliaque. Il existait sur la face interne de l'os, dans la fosse iliaque, une grosse collection qui, irritant le muscle psoas-iliaque, déterminait de vives douleurs et une immobilisation de la cuisse dans l'attitude du psoïtis. Le blessé, très amaigri, très infecté, présentait une fièvre à grandes oscillations et un état général très sévère.

Deux larges interventions successives furent nécessaires

pour améliorer le patient et le mettre sur la voie de la guérison.

OBSERVATION V

(Inédite Personnelle)

L. D..., soldat au 75^e régiment d'infanterie. Blessé le 25 septembre 1915 à Perthes. Fracture de la crête iliaque par éclat d'obus. A été soigné pendant de longues semaines dans un hôpital du front. A présenté deux fistules en communication avec la lésion osseuse, et ayant nécessité à trois reprises une intervention.

Au mois d'avril 1918. Le malade est radiographié. L'examen montre une esquille adhérente et un foyer ostéomyélique siégeant sur la branche osseuse. On décide le malade à une quatrième intervention. Sous anesthésie générale, on excise les parois fistuleuses, l'esquille adhérente et on s'attaque au foyer de fracture dont on fait une large résection. Pas de suture.

Les suites furent normales et, cinq mois après, nous avons reçu des nouvelles du malade qui est enchanté de sa dernière intervention. Sa cicatrice est un peu douloureuse, mais il n'a plus présenté de phénomènes d'infection.

CONCLUSIONS

I. — Les fractures de la crête iliaque ont été assez fréquentes pendant la guerre.

II. — Les complications qu'elles peuvent susciter sont particulièrement intéressantes, et plus spécialement la production de foyers d'ostéomyélite secondaire. Indépendamment des conditions ordinaires l'apparition de ces complications est expliquée par des raisons anatomo-physiologiques.

III. — Le traitement de ces fractures doit tendre à éviter ces complications. Il faut, non seulement exciser les tissus contus, enlever les esquilles et les corps étrangers, mais encore régulariser la surface osseuse du foyer de fracture qui, étant contus est voué à l'infection.

La possibilité de la suture primitive est fonction de la précocité de l'intervention.

Quand l'ostéomyélite traumatique est installée, il faut s'attaquer énergiquement au foyer ostéomyélique et le supprimer.

OUVRAGES CONSULTÉS

CUTHBERT WALLACE. — Blessures du bassin.

DERACHE. — Traitement des plaies du bassin.

DUVAL (Pierre). — Traitement des fractures de guerre.

TANTON. — Les fractures (traité chirurgie, Le Dentu et Delbet).

— Traitement des plaies du bassin.

— Traitement des fractures de guerre.

PLANSON. — Note sur le traitement des fractures de la crête iliaque par projectiles de guerre.

ROCHER. — Traitement des ostéomyélites chroniques de guerre.

FILLAUT. — Chirurgie clinique.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 19 juillet 1920.

Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuve,
Montpellier, le 17 juillet 1920.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
